



**CERTIFIKAČNÍ ORGÁN ACM DTO CZ
PRO CERTIFIKACI OSOB
DTO CZ, s.r.o.**

Mariánské nám. 480/5, 709 28 Ostrava - Mariánské Hory
tel.: +420 595 620 164, fax : +420 596 625 749
http://www.dtocz.cz, e-mail: acm@dtocz.cz
Asociace technických diagnostiků České republiky, z.s.
http://www.atdcr.cz, e-mail: info@atdcr.cz



**DOTAZNÍK PRO RECERTIFIKACI /*
DOTAZNÍK PRO DOZOR NAD DRŽITELEM CERTIFIKÁTU /*
PRO FUNKCI TECHNIK DIAGNOSTIK**

1. Držitel certifikátu

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, TITUL:

DATUM A MÍSTO NAROZENÍ:

ADRESA BYDLIŠTĚ:

TELEFON, E-MAIL DOMŮ:

2. Certifikát

NA FUNKCI:

VYDÁN KÝM:

DATUM VYDÁNÍ:

DATUM UKONČENÍ PLATNOSTI:

3. Zaměstnavatel certifikovaného

NÁZEV, IČO, DIČ:

ADRESA:

TEL., FAX, E-MAIL:

4. Termín předchozího dozoru

.....

5. Zastáváte v zaměstnání funkci, související s certifikátem, jehož jste držitelem? Pokud ano, stručně charakterizujte náplň své práce. Pokud ne, uveďte, jakou funkci v současnosti zastáváte!

.....

.....

.....

6. V případě, že nezastáváte funkci související s certifikátem, uveďte termín (datum), od kdy tuto funkci nezastáváte.

.....

.....

.....

7. Stručně popište další změny oproti předešlému období.

.....

8. Byly v období od předešlého dozoru proti Vaší činnosti vzneseny stížnosti jinými fyzickými či právníckými osobami? Pokud ano, charakterizujte jejich povahu včetně jména namítající osoby (organizace) a důvodů stížnosti.

.....

9. Jaké kurzy, semináře, resp. další formy zvyšování Vaší odbornosti, související s funkcí, pro kterou jste byl certifikován, jste v období od předešlého dozoru úspěšně absolvoval? Uveďte druh a název akce, organizaci, dobu trvání a způsob ukončení.

.....

10. Uveďte případně další relevantní údaje.

.....

11. Potvrzení zrakové schopnosti (pouze pro Technika diagnostika termografie)

Potvrzuji trvalou schopnost barevného rozlišení, jak je stanoveno v testu ISHIHARA 24.

.....

Prohlašuji, že jsem nezatajil žádné skutečnosti, které by mohly svědčit v můj neprospěch a že uvedené údaje jsou zcela pravdivé.

.....
 místo datum podpis držitele certifikátu

Prosíme Vás o vyplnění a zaslání celého dotazníku na adresu ACM DTO CZ.

Potvrzuji splnění kritérií k prodloužení platnosti certifikátu. Uznáno bodů.

.....
 místo datum podpis vedoucího ACM DTO CZ